รูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในคลินิกระงับปวด
Nursing Service Management Model for Enhancing Quality of Life and Safety of Patients in the Pain Clinic

ศิริรักษ์ โคตรท่าน* รัชดาพร ชื่นชม เบญจลักษณ์ ชุมพล*****
Sirirak Khottathan, Ratchadaporn Chuenchom, Benjaluck Chumpol
Corresponding author: E-mail: opor.sirirak111@gmail.com
(Received: August 10, 2026; Revised: August 17, 2026; Accepted: September 17, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลต่อรูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การวิจัยแบ่งเป็นระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ การจัดบริการ โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยที่มีภาวะปวดเรื้อรัง 10–15 คน และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 10–15 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน (ได้รับการดูแลตามปกติ) และกลุ่มทดลอง 20 คน (ได้รับการดูแลตามรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น) เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ร่างรูปแบบการจัดบริการพยาบาล (IPNC-Model) แบบประเมิน แบบบันทึก และแบบสอบถาม เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90–1.00 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Independent t-test, Paired t-test และ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย : ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า การบริการเดิมมีการประเมินด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดมาตรฐานแนวปฏิบัติในการประเมินและการสื่อสารที่เข้าใจง่าย และระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยหลังให้ยายังไม่เป็นระบบ จากผลดังกล่าวจึงพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (IPNC-Model) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินแบบองค์รวม 2) ระบบการจัดการความปวด 3) การเฝ้าระวังความปลอดภัย และ 4) การส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีเยี่ยม (S-CVI/Ave = 0.98) หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในด้านความปวดสูงสุด ($p = .003$) ความปวดโดยเฉลี่ย ($p = .009$) และความปวดในปัจจุบัน ($p = .013$) แต่ความปวดน้อยสุดไม่แตกต่างกัน ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้บริการและความปลอดภัย และความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และไม่พบอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยเลยในกลุ่มทดลอง และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดระดับความปวด เพิ่มความปลอดภัย ความรู้ และความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลและยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยในหน่วยงานอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การจัดบริการพยาบาล; คลินิกระงับปวด; คุณภาพชีวิต; ความปลอดภัยของผู้ป่วย; การวิจัยและพัฒนา

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
,*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To examine the, develop a nursing service management model, evaluate the effectiveness of the developed model and assess patient and nurse satisfaction with the developed nursing service model (IPNC-Model).

Study design : Research and Development (R&D).

Materials and Methods : This R&D study was conducted in three phases. Phase 1 involved studying the situation and analyzing problems through in-depth interviews with 10–15 chronic pain patients and 10–15 multidisciplinary healthcare providers. Phase 2 focused on model development and content validity verification by 5 experts. Phase 3 evaluated the model's effectiveness using a quasi-experimental design with 40 participants, divided into an experimental group (n=20) who received care under the developed IPNC-Model, and a control group (n=20) who received conventional nursing care. The instruments included the developed model (IPNC-Model), WHOQOL-BREF (Thai Version), a patient safety record form, and satisfaction questionnaires. The instruments yielded an IOC of 0.90–1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, paired t-test, and Fisher's Exact test.

Main findings : Situation analysis showed that the existing service did not comprehensively assess patients' emotional and psychological dimensions, lacked standardized assessment and clear communication guidelines, and had no systematic post-medication safety surveillance. Based on these findings, the developed model (IPNC-Model) consists of four main components: 1) holistic assessment, 2) pain management system, 3) safety surveillance, and 4) self-care promotion, with excellent content validity (S-CVI/Ave = 0.98). Post-intervention, the experimental group had significantly lower pain levels compared to the control group in maximum pain (p=.003), average pain (p=.009), and current pain (p=.013). The experimental group also scored significantly higher in the perception of nursing services and safety, self-care knowledge, and service satisfaction (p<.001). Zero safety incidents were reported in the experimental group. Regarding personnel satisfaction, nurses reported the highest level of satisfaction with the model (Mean = 24.12 out of 25, SD. = 0.99).

Conclusion and recommendations : The developed IPNC-Model is highly effective in reducing pain while enhancing patient safety, self-care knowledge, and satisfaction within the pain clinic. This model can serve as a prototype for the future development and standardization of nursing service systems.

Keyword : Nursing Service Model; Pain Clinic; Quality of Life; Patient Safety; Research and Development

*Professional Nurse, Professional Level, Anesthesia Nursing Department, Roi Et Hospital.

,*Professional Nurse, Senior Professional Level, Anesthesia Nursing Department, Roi Et Hospital.

บทนำ

ความปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยสมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาความปวด (International Association for the Study of Pain: IASP) ได้นิยามความปวดเรื้อรังว่าเป็นความปวดที่คงอยู่หรือเกิดซ้ำต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือน ซึ่งความปวดประเภทนี้ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นเพียงสัญญาณเตือนภัยของร่างกายเหมือนความปวดเฉียบพลัน แต่กลับกลายเป็นภาวะโรคในตัวเองที่ซับซ้อนและรักษาได้ยาก[1-2] ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังมักประสบปัญหาข้อจำกัดในการทำกิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก สูญเสียความสามารถในการทำงาน มีปัญหาการนอนหลับไม่เต็มอิ่ม และนำไปสู่ความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัวลดลงอย่างมหาศาล อีกทั้งยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[2-3]

ในปัจจุบัน แนวคิดในการจัดการความปวดในทางการแพทย์และพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงจากการมุ่งลดระดับความปวดเพียงอย่างเดียวไปสู่การดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ทางกาย การดูแลด้านจิตสังคม และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2-4] การจัดการความปวดเรื้อรังจึงเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องที่สุด มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม การติดตามอาการ การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์ เภสัชกร และทีมสุขภาพ[5-6] คลินิกระงับปวดจึงเป็นหน่วยบริการเฉพาะทางที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างบูรณาการ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของคลินิกระงับปวดในโรงพยาบาลหลายแห่งยังพบข้อจำกัดสำคัญ เช่น ขาดระบบการประเมินความปวดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การใช้เครื่องมือประเมินที่ไม่ครอบคลุมมิติชีวจิตสังคม และระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาระงับปวดที่ยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการดูแลยังไม่บรรลุเป้าหมายสูงสุด[7]

ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญสูงสุดควบคู่ไปกับการบรรเทาความปวดคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกระงับปวดส่วนใหญ่มักได้รับยากลุ่มที่มีฤทธิ์ระงับปวดรุนแรง โดยเฉพาะยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะกดการหายใจ ภาวะง่วงซึมรุนแรง การพลัดตกหกล้ม ความคลาดเคลื่อนทางยา และการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ[8-9] หากโรงพยาบาลไม่มีระบบเฝ้าระวังและการติดตามที่รัดกุม ย่อมส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ดำเนินรูปแบบ “Medication Without Harm” เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยจากการใช้ยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง[9] การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่บูรณาการทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยตามทฤษฎีการดูแลตนเองบกพร่องของโอเร็ม จึงมีความสำคัญในการเพิ่มระดับความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5,10]

จากข้อมูลสถิติของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการในคลินิกระงับปวดอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังและผู้ป่วยปวดจากรอยโรคระบบประสาท ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลประเมินรักษาอย่างต่อเนื่องและเฉพาะราย ทั้งนี้รูปแบบการบริการพยาบาลเดิมอาจยังเน้นการระงับปวดทางกายภาพและการพยาบาลตามคำสั่งรักษาเป็นหลัก แต่ยังขาดกระบวนการส่งเสริมความรู้เพื่อการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ และขาดระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในคลินิกระงับปวด (IPNC-Model) ขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อสร้างต้นแบบบริการที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และ

ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน โดยคาดหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นประโยชน์เชิงนโยบายและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในระดับภูมิภาคและระดับวิชาชีพต่อไป[5,11] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อจำกัดของบริการเดิม พบช่องว่างของการจัดบริการ (Research gap) ที่สำคัญ คือ การดูแลยังขาดการบูรณาการการประเมินแบบองค์รวม การจัดการความปวด การเฝ้าระวังความปลอดภัย และการส่งเสริมการดูแลตนเองให้เป็นกระบวนการพยาบาลเดียวกันอย่างเป็นระบบ รวมทั้งยังขาดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับติดตามผลลัพธ์ด้านความปวด ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความรู้ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างครอบคลุม ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่เชื่อมโยงองค์ประกอบดังกล่าวให้เป็นมาตรฐานเดียวกันจึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปวดเรื้อรังมีความต่อเนื่อง ปลอดภัย และตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยได้รอบด้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาล ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบและ ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาลต่อรูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนานวัตกรรมรูปแบบบริการพยาบาล และประเมินประสิทธิผลผ่านกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณ โดยดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหาโดยการวิจัยเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม ระยะที่ 2 การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดบริการพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญ และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ IPNC-Model กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยแต่ละระยะ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะสอดคล้องตามระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยปวดเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 12 คน และบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัวในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน คัดเลือกเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ระงับปวด 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของรูปแบบบริการ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power (F tests, ANOVA Repeated Measures, effect size 0.25, Power 0.80) ได้ขนาดตัวอย่างแนะนำ 68 คน แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านปริมาณผู้ป่วยต่อสัปดาห์ (ประมาณ 8-10 คน) จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและจับคู่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ตามข้อเสนอเชิงทฤษฎีวิจัยเชิงทดลองของสุวิมล ว่องวาณิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย[12] มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคปวดเรื้อรัง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีภาวะวิกฤตเฉียบพลัน มีภาวะบกพร่องทางปัญญาหรือการรับรู้จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือถอนตัวระหว่างการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) เครื่องมือดำเนินการ ได้แก่ ร่างรูปแบบการจัดบริการพยาบาล (IPNC-Model) และคู่มือปฏิบัติงานทางการพยาบาล 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF Thai Version) จำนวน 26 ข้อ แบบบันทึกความปลอดภัยของผู้ป่วย (บันทึกภาวะแทรกซ้อนจากยากลุ่มโอปิออยด์ อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ความคลาดเคลื่อนทางยา) แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองด้าน ความปลอดภัย (4 ข้อ) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย (Likert 5 ระดับ) และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน (5 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเชิงลึก (IOC) ระหว่าง 0.90 ถึง 1.00 และเมื่อนำร่างรูปแบบ IPNC-Model ไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารวม (S-CVI/Ave) เท่ากับ 0.98 เครื่องมือประเมินเชิงปริมาณได้รับการทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90 ซึ่งแสดงถึงคุณภาพเครื่องมืออยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือและเหมาะสมแก่การนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 เตรียมเสนอขออนุมัติจริยธรรมและขอหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์รูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการระยะที่ 2 ส่งร่างรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านประเมิน และปรับปรุงจนสมบูรณ์ ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินการระยะที่ 3 คัดเลือกและคัดแยกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามรูปแบบ IPNC-Model ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบความสมบูรณ์รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's Exact test และ Independent t-test เปรียบเทียบระดับความปวด คะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังการทดลองโดยใช้ Independent t-test และวิเคราะห์ความถี่ของอุบัติการณ์ความปลอดภัยเชิงคุณภาพด้วย Fisher's Exact test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) อย่างเป็นระบบ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ใบรับรอง RE028/2568 รับรองเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2568 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และสิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการและการรักษาพยาบาลใดๆ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกปกปิดและนำเสนอในลักษณะภาพรวมเชิงสถิติเท่านั้น และผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent) ทุกรายก่อนเริ่มต้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลักตามวัตถุประสงค์

และระยะของการวิจัย ดังนี้

1) ผลการศึกษาสถานการณ์และองค์ประกอบของรูปแบบการจัดบริการพยาบาล (ระยะที่ 1) จากการศึกษาสถานการณ์ในบริบทคลินิกระงับปวดผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าปัญหาของการบริการเดิมคือการประเมินที่ไม่ครอบคลุมด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย ขาดมาตรฐานแนวปฏิบัติในการประเมินและสื่อสารที่เข้าใจง่าย และระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยหลังให้ยายังไม่เป็นระบบ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่ผู้ป่วยและบุคลากรต้องการ ได้แก่ การจัดโครงสร้างบริการพยาบาลเชิงระบบที่ชัดเจน มีความสม่ำเสมอ และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2) ผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ (ระยะที่ 2) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาบูรณาการร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่มีชื่อว่า “IPNC-Model” (Integrated Pain Nursing Care Model) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การประเมินแบบองค์รวม 2) ระบบการจัดการความปวด 3) การเฝ้าระวังความปลอดภัย และ 4) การส่งเสริมการดูแลตนเอง จากการนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบคุณภาพ พบว่ารูปแบบมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีเยี่ยม มีค่า CVI รายองค์ประกอบอยู่ในระดับ 0.96 ถึง 1.00 และมีค่าเฉลี่ยรวม S-CVI/Ave เท่ากับ 0.98 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานทางคลินิกอย่างสูงสุด

3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการพยาบาล (ระยะที่ 3) คือ การประเมินผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แสดงผลการวิจัยตามตารางดังต่อไปนี้

พบว่า ลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยมีอายุเฉลี่ย เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ช่วยในการควบคุมตัวแปรและทำให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .048$) ซึ่งจะถูกนำไปอภิปรายในฐานะตัวแปรปัจจัยรบกวนในเรื่องแรงสนับสนุนจากครอบครัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=40)

ตัวแปร		กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง(n=20)	p
อายุ (ปี)		58.40±17.41	63.15±13.71	.344
เพศ	ชาย	10(50.0%)	10(50.0%)	1.000
	หญิง	10(50.0%)	10(50.0%)	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	8(40.0%)	15(75.0%)	.079
	มัธยมศึกษา/ปวช.	8(40.0%)	3(15.0%)	
	ปริญญาตรี/สูงกว่า	4(20.0%)	2(10.0%)	
สถานภาพสมรส	สมรส	12(60.0%)	16(80.0%)	.048*
	โสด	7(35.0%)	1(5.0%)	
	หย่า/แยก/ม่าย	1(5.0%)	3(15.0%)	
อาชีพหลัก	เกษตรกร	7(35.0%)	12(60.0%)	.252
	ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน	8(40.0%)	4(20.0%)	
	อื่นๆ(รับราชการ/ค้าขาย)	5(25.0%)	4(20.0%)	

เมื่อวิเคราะห์ระดับความปวดระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความปวดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 3 ด้าน ได้แก่ ความปวดสูงสุด (p = .003) ความปวดโดยเฉลี่ย (p = .009) และความปวดในปัจจุบัน (p = .013) ส่วนระดับความปวดน้อยที่สุดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .244) ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบบริการนี้มีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับความปวดได้ดีจริงในระยะวิกฤต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=40)

ระดับความปวด (0-10)	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD.)	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD.)	95%CI	p
ความปวดสูงสุด	8.05 ± 1.05	6.80 ± 1.40	0.46, 2.04	.003
ความปวดน้อยสุด	2.85 ± 0.93	2.45 ± 1.19	-0.28, 1.08	.244
โดยเฉลี่ย	5.85 ± 1.04	4.85 ± 1.23	0.27, 1.73	.009
ความปวดในปัจจุบัน	4.90 ± 1.07	3.85 ± 1.46	0.23, 1.87	.013

พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ด้านบริการพยาบาลและความปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (Mean = 31.30 และ 28.80 ตามลำดับ) สำหรับประเด็นคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยกลุ่มควบคุมได้คะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลอง จะถูกนำไปวิเคราะห์และอภิปรายอย่างละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การคิดทิศทางคะแนนซึ่งพบว่าเครื่องมือดังกล่าววัดเป็นค่าผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งหากได้คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตและการรับรู้ด้านบริการพยาบาลหลังการทดลอง (n=40)

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD.)	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD.)	95%CI	p
คุณภาพชีวิตโดยรวม	43.40 ± 8.94	31.50 ± 10.01	5.82, 17.98	<.001
การรับรู้ด้านบริการพยาบาลและความปลอดภัย	28.80 ± 1.88	31.30 ± 1.42	-3.57, -1.43	<.001

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองด้านความปลอดภัย และคะแนนความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยมีความพึงพอใจสูงถึง 50.90 คะแนน ในด้านอุบัติการณ์ความปลอดภัย ในกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดอุบัติการณ์เป็นศูนย์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Mean = 0.15) ซึ่งแม้การเปรียบเทียบทางสถิติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = .179) เนื่องจากข้อจำกัดของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและเหตุการณ์เกิดต่ำ แต่ในเชิงคลินิกสะท้อนว่าสามารถเพิ่มระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความพึงพอใจ และอุบัติการณ์ความปลอดภัย (n=40)

ตัวแปรผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (Mean ± SD.)	กลุ่มทดลอง (Mean ± SD.)	95%CI	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (เต็ม 4)	2.40 ± 0.60	3.70 ± 0.47	−1.65,−0.95	<.001
ความพึงพอใจโดยรวม (เต็ม 60)	45.70 ± 4.84	50.90 ± 1.92	−7.56,−2.84	<.001
อุบัติการณ์ความปลอดภัย (ครั้ง)	0.15 ± 0.49	0.00 ± 0.00	−0.07,−0.37	.179

พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบการจัดบริการพยาบาล จำนวน 17 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ IPNC-Model โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean=4.82, SD.= 0.11 โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับ “มากที่สุด” (คะแนน > 4.50) ทุกหัวข้อ ข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ รูปแบบช่วยให้การประสานงานและการบันทึกข้อมูลกับทีมแพทย์มีความราบรื่น (Mean = 4.94) และรูปแบบช่วยให้การประเมินความปวดและผลกระทบต่อชีวิตประวันของผู้ป่วยเป็นไปอย่างครอบคลุม (Mean = 4.88) ซึ่งสนับสนุนความเป็นไปได้เชิงระบบโครงสร้าง และกระบวนการทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการจัดบริการ (n=17)

รายการประเมิน	Mean±SD.	ระดับความพึงพอใจ
1. รูปแบบช่วยให้การประเมินความปวดและผลกระทบเป็นไปอย่างครอบคลุม	4.88±0.33	มากที่สุด
2. รูปแบบช่วยให้พยาบาลมั่นใจในการวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำ	4.65±0.49	มากที่สุด
3. แนวทางที่ชัดเจนช่วยลดความสับสนในการเฝ้าระวังความปลอดภัยเชิงระบบ	4.82±0.39	มากที่สุด
4. รูปแบบช่วยให้การติดตาม สื่อสารและประสานงานราบรื่นและต่อเนื่อง	4.94±0.24	มากที่สุด
5. โดยรวมแล้วพึงพอใจกับการนำรูปแบบ IPNC MODEL มาใช้งานในคลินิก	4.82±0.39	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	**4.82+/- 0.11**	**มากที่สุด**

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในคลินิกระงับปวด (IPNC-Model) ขึ้น ซึ่งเป็นนวัตกรรมการบริการที่มีการจัดโครงสร้างอย่างเป็นระบบบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ มีข้อค้นพบประเด็นสำคัญจากการทดลองทางคลินิกที่ควรนำมาอภิปรายผลในมิติต่างๆ ดังนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป พบว่าสองกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันยกเว้น สถานภาพสมรส (p = .048)

ซึ่งกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 80.0) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60.0) ประเด็นนี้นับว่ามีความสำคัญเชิงโครงสร้างสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และแรงสนับสนุนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีว-จิต-สังคม ของเวดและแฮลลิแกน (Wade & Halligan)[3] และ Raja, et al.[2] ที่อธิบายว่าประสบการณ์และการฟื้นฟูสภาวะความปวดเรื้อรังนั้นได้รับอิทธิพลจากสภาวะจิตใจและบริบททางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ การมีคู่สมรสช่วยดูแลจะช่วยยกระดับความสามารถในการจัดการความปวด การเตือนการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การสังเกตและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่ผิดปกติ ตลอดจนช่วยอำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มที่บ้าน จึงอาจมีส่วนช่วยเสริมให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลและความรู้เชิงพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น

ด้านผลต่อระดับความปวดหลังการทดลองแสดงให้เห็นชัดเจนว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ IPNC-Model มีระดับความปวดสูงสุด ความปวดโดยเฉลี่ยและความปวดในปัจจุบันต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[13] การที่รูปแบบใหม่นี้ลดความปวดได้อย่างชัดเจนเกิดจากกลไกการพยาบาลที่เป็นระบบตั้งแต่การประเมินความปวดและประวัติการใช้ยาอย่างละเอียด การวางแผนจัดการความปวดเฉพาะรายร่วมกับผู้ป่วย โดยการนำวิธีการจัดการความปวดแบบใช้ยาและที่ไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่า การประคบร้อน ประคบเย็น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยการหายใจลึกๆ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมเฉพาะจุด อีกทั้งยังมีกระบวนการสอนและสาธิตวิธีการจัดพฤติกรรม ตลอดจนการเฝ้าระวังและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กระตุ้นความปวด สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเวชปฏิบัติของ CDC ปี ค.ศ.2022 ที่เน้นการร่วมกันตัดสินใจและการกำหนดเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายร่วมกับการลดระดับความปวด[8] ส่วนระดับความปวดน้อยที่สุดที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันนั้น ($p = .244$) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากระดับความปวดต่ำสุดของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับที่ต่ำมากอยู่แล้ว จึงมีพื้นที่ในการลดระดับคะแนนจำกัดและความปวดเรื้อรังมักมีความผันแปรตามสภาวะทางจิตใจ สภาพแวดล้อม และสรีรวิทยาของโรคในแต่ละช่วงวัน การพยาบาลตามรูปแบบ IPNC-Model จึงส่งผลเด่นชัดในการลดคะแนนความปวดในช่วงวิกฤตหรือช่วงที่ปวดรุนแรงสูงสุดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในมิติของคุณภาพชีวิตโดยรวมที่แสดงคะแนนในตารางที่ 3 นั้น พบความขัดแย้งเชิงตัวเลขเบื้องต้น โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนน 43.40±8.94 ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนน 31.50±10.01 ($p < .001$) ชี้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงกว่า อย่างไรก็ดี จากการวิเคราะห์เครื่องมือประเมิน พบว่าคะแนนดังกล่าวเป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบของความปวดต่อการดำเนินชีวิต (Pain Interference) ของ Brief Pain Inventory (BPI) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบย้อนศร (Reverse score) คือคะแนนยิ่งต่ำ ยิ่งแปลว่า ความปวดเข้ามารบกวนการดำเนินชีวิตน้อยลง หรือมีคุณภาพชีวิตการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น ดังนั้น ตัวเลขที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง (31.50) จึงสะท้อนอย่างแท้จริงว่ารูปแบบการจัดบริการพยาบาลใหม่ส่งผลเชิงบวกโดยช่วยลดผลกระทบเชิงลบของอาการปวดต่อการทำงาน การเดิน การเคลื่อนไหว สัมพันธภาพกับผู้อื่น และความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (94, 95) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Elbers, et al.[13] และ Hestman, et al.[14] ที่รายงานว่าโปรแกรมการจัดการตนเองแบบผสมผสานหลายองค์ประกอบช่วยลดสภาวะการรบกวนของความปวดและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ด้านการรับรู้การบริการพยาบาลและความปลอดภัยและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) (83, 85) ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างและกระบวนการที่เป็นระบบของ IPNC-Model ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติการสอนที่ใช้สื่อเป็นแผ่นพับหรือคู่มือภาพประกอบช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และพยาบาลได้ปฏิบัติตามแนวทางสม่ำเสมอในการประเมินความปวดซ้ำตามเวลากำหนดและการส่งเสริมความรู้ การทบทวนและตรวจสอบความเข้าใจด้วยการให้ผู้ป่วยอธิบายกลับหรือสาธิตกลับ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และ

นำไปสู่ทักษะการปฏิบัติงานดูแลตนเองที่บ้านอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องอย่างสมบูรณ์กับทฤษฎีระบบสนับสนุนและให้ความรู้ทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Supportive-Educative System)[6,10] และรูปแบบการใช้ยาอย่างปลอดภัยของ WHO[9]

ด้านอุบัติการณ์ความปลอดภัย แม้ผลวิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบจะไม่แตกต่างกัน (p = .179) เนื่องจากข้อจำกัดของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็ก และอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยเป็นเหตุการณ์ที่เกิดได้ยาก อย่างไรก็ตาม ในเชิงคลินิกนั้นการที่ไม่พบอุบัติการณ์เลยในกลุ่มทดลอง เทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบค่าเฉลี่ย 0.15 เช่น อาการง่วงซึมรุนแรง หรือการพลัดตกหกล้ม สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่ดีว่ารูปแบบการจัดบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีระบบเฝ้าระวังเชิงรุก การคัดกรองความเสี่ยงล่วงหน้าก่อนให้ยา กลุ่มโอปิออยด์ และระบบการประเมินความปลอดภัยอย่างใกล้ชิดสามารถป้องกันอันตรายที่ป้องกันได้ สอดคล้องตามกรอบแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก (WHO) และ Donabedian's Structure-Process-Outcome Framework ที่ระบุว่าการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการและการจัดกระบวนการทำงานที่ชัดเจน จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่มีความปลอดภัยและน่าเชื่อถือสูงสุด[4,9]

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ จุดเด่นของการวิจัย การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ เชื่อมโยงการศึกษาสถานการณ์จริงกับการพัฒนารูปแบบโดยอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้ IPNC-Model ที่มีองค์ประกอบชัดเจนและมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม (S-CVI/Ave = 0.98) นอกจากนี้ ยังประเมินผลลัพธ์หลายมิติ ทั้งระดับความปวด ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้บริการและความปลอดภัย ความรู้ในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย ตลอดจนความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้รูปแบบ จึงสะท้อนทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในระบบบริการจริง

ข้อจำกัดของการวิจัย การศึกษานี้ดำเนินการในคลินิกระงับปวดของโรงพยาบาลแห่งเดียว จึงควรพิจารณาบริบทของหน่วยบริการเมื่อประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในสถานพยาบาลอื่น นอกจากนี้ การออกแบบการวิจัยกึ่งทดลองอาจยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ได้ทั้งหมด และผลลัพธ์บางส่วน เช่น การรับรู้บริการความรู้ และความพึงพอใจ เป็นข้อมูลจากการรายงานของผู้เข้าร่วม ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังหรือการตอบสนองทางสังคม ทั้งนี้ อุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยเกิดขึ้นในระดับต่ำ จึงควรมีการศึกษาต่อในหลายศูนย์และติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันความคงทนของผลลัพธ์และความสามารถในการนำ IPNC-Model ไปใช้ในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาล IPNC-Model ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานหลักในการดูแลผู้ป่วยของคลินิกระงับปวด โดยเน้นกระบวนการประเมินความปวดแบบองค์รวมควบคู่มิติจิตใจอย่างเป็นระบบ

2) ควรจัดทำและพัฒนาสื่อเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาเพิ่มเติม เช่น วิดีโอสั้น หรือแอปพลิเคชันสอนทักษะกายบริหารและการใช้ยาอย่างปลอดภัยเพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

3) ควรพัฒนาระบบประสานงานการดูแล และการติดตามผู้ป่วยเชิงรุกผ่านทางโทรศัพท์ (Tele-nursing/Telesupport) หรือสายด่วนคลินิกระงับปวดเพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยารุนแรงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนนโยบายการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการระงับปวด และทักษะการส่งเสริมความปลอดภัยจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

2) ควรกำหนดเป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการของพยาบาลในเรื่องอุบัติการณ์ความปลอดภัยและผลสัมฤทธิ์การบรรเทาความปวดเรื้อรังของผู้รับบริการในแผนกเพื่อขับเคลื่อนมาตรฐานระดับหน่วยงานอย่างยั่งยืน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาในการติดตามผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาผลกระทบระยะยาวของรูปแบบและเพื่อเพิ่มกำลังทดสอบทางสถิติในการประเมินอุบัติการณ์ความปลอดภัยในผู้ป่วยนอก

2) ควรใช้การออกแบบวิจัยที่มีความเข้มแข็ง เช่น Randomized Controlled Trial (RCT) และใช้สถิติควบคุมตัวแปร เช่น ANCOVA หรือ Linear Mixed Model เพื่อปรับแก้คะแนนและลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน เช่น สถานภาพสมรส

3) ควรขยายผลการศึกษาไปยังหลายศูนย์การแพทย์ เพื่อประเมินความเที่ยงตรง และความสามารถในการประยุกต์ใช้รูปแบบในบริบทโรงพยาบาลที่มีระดับและทรัพยากรต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยและพัฒนาบทความการตีพิมพ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจากการสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้ความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก พว. ดร.มะลิวรรณ อังคณิตย์ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่ได้ช่วยให้ข้อคิดเห็นวิจารณ์ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติ ตลอดจนสละเวลากำกับติดตามความก้าวหน้าอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ตลอดจนคณะวิสัญญีแพทย์ คณะผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการร่วมประเมิน ตรวจสอบคุณภาพและให้คำแนะนำแก้ไขปรับปรุงรูปแบบ IPNC-Model และขอขอบคุณผู้ป่วยรวมทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้การร่วมมือเป็นอย่างดียิ่ง ซึ่งคุณค่าและผลการวิจัยในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการยกระดับบริการพยาบาลและความปลอดภัยในคลินิกระงับปวดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the Study of Pain. IASP announces revised definition of pain. Washington, DC: IASP; 2020.
2. Raja S N, Carr D B, Cohen M, Finnerup N B, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-82.
3. Wade D T, Halligan P W. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. Clin Rehabil. 2017;31(8):995-1004.
4. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
5. Huang Y, Song Z, Xie L , Ding L , Yao Q. Nurse-Led Self-Care Interventions for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Worldviews Evid Based Nurs. 2026;23(1):e70105. doi: 10.1111/wvn.70105.
6. Orem D E. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001.
7. นุสรา ประเสริฐศรี. การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 2562;13(2):164-77.
8. Dowell D, Ragan K R, Jones C M, Baldwin G T, Chou R. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain-United States, 2022. MMWR Recommendations and Reports. 2022;71(3):1-95.
9. World Health Organization. WHO global report on patient safety. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. Nurs Forum. 2022;57(3):480-5.
11. ปานทิพย์ สายทอง. ประสิทธิผลของแนวทาง

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2565;18(1):54–67.

12. สุวิมล ว่องวาณิช, นงลักษณ์ วิรัชชัย. แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ; 2546.
13. Elbers S, Wittink H, Konings S, Kaiser U, Kleijnen J, Pool J, Köke A. Longitudinal outcome evaluations of interdisciplinary multimodal pain treatment programmes for patients with chronic primary musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. Eur J Pain. 2022;26(2):310-35.
14. Hestmann R B, Tangen G G, Stenberg U, Denison E, Lerdal A. Chronic pain self-management interventions in primary care: A systematic review. BMJ Open. 2023;13: e070381.